

# PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda de<u>lla S</u>ocietà Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)



*AnnoXXVIII* • n. 1 • gennaio - giugno 2015 Rivista fondata e diretta da Alberto Giannelli Semestrale



#### IN PRIMO PIANO

Dalle delusioni della mente alle tecniche digitali di Giannelli A.

Gli snodi critici della psicopatologia forense di Volterra V.

Angelo Cocchi - in memoria di Erlicher A.

## **SEZIONE** CLINICO/SCIENTIFICA

Il tempo nella malattia, nella cura e nella relazione di Bignamini S., Rabboni M.

La predittività dei comportamenti dannosi in psichiatria di Spinogatti F.

Gruppo sulla gestione dell'ansia Esperienza in un servizio di salute mentale di Tedeschi I., Tricarico V., Cerveri G., Mencacci C.

Giovani e salute mentale Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012-2013)di De Isabella G., Di Tucci A., Biffi G.

#### **PSICHIATRIA FORENSE**

La posizione di garanzia dello psichiatra, le linee guida e la colpa professionale per malpractice di Mantovani R.

## **PSICHIATRIA OGGI**

Fatti e opinioni dalla Lombardia Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione: Massimo Rabboni (Bergamo) Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (Milano, MI) Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG) Giorgio Cerati (Legnano) Emilio Sacchetti (Brescia) Silvio Scarone (Milano) Gian Carlo Cerveri (Milano) Arcadio Erlicher (Milano) Simone Vender (Varese) Antonio Vita (Brescia)

Giuseppe Biffi (Milano) Mario Ballantini (Sondrio) Franco Spinogatti (Cremona)

Costanzo Gala (Milano) Gabriella Ba (Milano) Cinzia Bressi (Milano)

Claudio Cetti (Como) Giuseppe De Paoli (Pavia) Nicola Poloni (Varese)

Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN) Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)

Andrea Materzanini (Iseo, BS) Alessandro Grecchi (Varese) Francesco Bartoli (Monza) Lucia Volonteri (Milano)

Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

## COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

#### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88 Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

> Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

# **PSICHIATRIA OGGI**

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito: www.psichiatriaoggi.it

## Giovani e salute mentale

Un profilo sintetico di due Programmi innovativi (2012–2013)

Giorgio De Isabella\*, Antonio Di Tucci\*\*,
Giuseppe Biffi\*\*\*

## IL CONTESTO CLINICO-ORGANIZZATIVO E I PROGRAMMI INNOVATIVI

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" (AOSCB) di Milano partecipa, in due ambiti territoriali —quello dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Milano e quello, confinante, dell'ASL di Milano I (una vasta area ad ovest di Milano di circa un milione di abitanti) —alle attività innovative di salute mentale promosse dalla Regione Lombardia.

L'area di diretta competenza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'AOSCB è quella delle Zone 6 e 7 del decentramento della città di Milano e i sei comuni attigui afferenti al Distretto di Corsico (complessivamente circa 43 8.447 abitanti al 31/12/2013). La composizione sociale dell'ambito interessato è varia ma si segnalano nell'utenza dei Centri di salute mentale (CPS) situazioni multiproblematiche nelle quali è ampiamente rappresentata l'associazione tra disagio sociale e sofferenza psicologica. Tra l'utenza è da segnalare la popolazione giovanile (14–21 anni), di tutta la Lombardia, sottoposta a procedimento penale che la Regione, nel 2008, ha assegnato all'AOSCB. Si tratta sia dei giovani ristretti in carcere (Istituto Penale Minorile "Cesare Beccaria"), sia quelli impegnati in percorsi alternativi, per gestire i quali viene attivata la collaborazione con le strutture territoriali di salute mentale.

Due dei Programmi Innovativi (PI) assegnati all'AO-SCB nel 2012 sono dedicati agli interventi precoci nella sofferenza psicologica: "Prevenzione individuazione e trattamento dei disturbi psichici gravi in età giovanile" (TR 43; ASL Milano 1) e "Riconoscimento e trattamento dei disturbi psicologici in adolescenti e giovani adulti (14–24 anni)" (TR 86; ASL Milano). La direzione scientifica (progettazione e gestione) degli stessi è stata assegnata all'Unita Operativa Complessa (UOC) di Psicologia Clinica che insieme all'UOC di Psichiatria degli adulti e all'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di Psichiatria dei minori fa parte del DSM.

I due Programmi, avviati nell'aprile dell'anno 2012 e rinnovati nel 2013, hanno caratteri sostanzialmente identici e si propongono di contribuire al superamento delle criticità specifiche della fase di vita considerate e di quelle presenti nel sistema assistenziale.

## LE EMERGENZE CLINICHE NEGLI ADOLESCENTI E NEI GIOVANI ADULTI

È ormai ampiamente condiviso dalla comunità scientifica internazionale che la fascia d'età tra i 14 ed i 24 anni è il periodo del ciclo di vita in cui esordiscono la maggior parte dei disturbi mentali. In primo luogo le psicosi che sono state oggetto di studi approfonditi in ogni singolo stadio del loro decorso. Oltre alle psicosi, l'insorgenza di disturbi mentali seri riguarda anche altre tre aree psicopatologie specifiche.

Nelle giovani è la fase della vita nella quale compaiono l'anoressia, la bulimia, e l'alimentazione incontrollata. Questi disturbi appaiono particolarmente complessi perché esprimono dei caratteri patologici che alterano tanto aspetti del funzionamento fisico dell'organismo, quanto aspetti di quello mentale, entrambi i quali compromettono l'adattamento complessivo dell'individuo all'ambiente.

L'adolescenza e la prima età adulta costituiscono il periodo d'insorgenza anche dei disturbi dell'umore e d'ansia con caratteristiche comuni ad altre fasi del ciclo di vita, ma che trovano nei mutamenti fisici, cognitivi e sociali che caratterizzano questa fascia d'età, il fattore che li innesca in maniera specifica.

Infine, la fascia d'età tra i 14 ed i 24 anni, si caratterizza per l'insorgenza dei disturbi di personalità, in particolare quelli relativi al gruppo B (prevalentemente, Disturbo bordeline e Disturbo narcisistico), la cui espressione sintomatologica appare, in questo momento della vita dell'uomo, particolarmente impressionante. I clinici si devono infatti confrontare con le urgenze relative ai tentativi di suicidio, agli atti autolesivi, all'uso di sostanze stupefacenti, alle condotte devianti (commissioni di reati).

L'insieme di queste patologie appare particolarmente gravoso in quanto colpisce soggetti in età giovanile, impegnati nella costruzione di progetti di vita che vengono compromessi o arrestati dalle conseguenze delle patologie prima descritte, con elevatissimi costi personali e sociali.

## LE CRITICITÀ ORGANIZZATIVE DELL'ATTUALE ASSETTO DEI SERVIZI

A fronte della "emergenza adolescenza" si presenta una preoccupante carenza di "presa in carico" (da intendere in tutte le forme possibili) dei giovani presso i servizi dedicati alla salute mentale. Di fatto, i dati rilevati dai sistemi informativi mostrano che la fascia d'età 18-24 è sotto-rappresentata nell'utenza psichiatrica dei CPS, dove invece prevale la numerosità dei pazienti che si collocano nel quarto-quinto decennio di vita, pazienti spesso cronicizzati. La situazione non si presenta tanto diversa per quel che riguarda la fascia 14-18 anni. La psichiatria infantile appare infatti altrettanto carente: i dati mostrano che le prese in carico intorno ai 14 anni cominciano a decrescere, segno che tale servizio non riesce a porsi come punto di riferimento del disagio psichico adolescenziale.

Ci si trova, quindi, a dover constatare che i Servizi psichiatrici per la salute mentale dei minori e degli adulti sono gravemente carenti nella loro azione nei confronti dell'esordio dei disturbi - quando ancora è possibile curarli con successo, risolvendoli o contenendone l'espressione e le conseguenze - consentendo che si determinino gravi effetti a livello personale e sociale che verranno

trattati molto più tardi, quando ormai la sofferenza si sarà installata stabilmente nell'esistenza della persona e i disturbi si saranno consolidati. Ciò avviene nonostante, ormai da tempo una vasta letteratura scientifica concordi sulla necessità di intervenire entro i primi mesi dopo l'insorgenza del disturbo, in quanto gli interventi precoci appaiono decisivi per evitare la cronicizzazione del paziente, migliorando la sua capacità di adattamento all'ambiente e la qualità della sua vita.

Il fatto che gli attuali Servizi non siano in grado di cogliere il bisogno di cura dei giovani—non facilitino/ sollecitino l'accesso alle cure riconoscendo e accogliendo la richiesta di aiuto—determina un accesso limitato e, talvolta, con caratteri di "emergenza-urgenza" (non solo dal Pronto soccorso) ovvero in condizioni cognitive ed emotive notevolmente alterate, spesso estremamente difficili da trattare, soprattutto se ormai consolidate.

Va aggiunto che l'attuale assetto dei Servizi psichiatrici— con una frattura al diciottesimo anno, nel mezzo, nel cuore della fase critica dell'adolescenza—amplifica le difficoltà di conservare la necessaria continuità della cura nei casi, peraltro non frequenti, in cui questa è stata istituita.

In conclusione, sembra che alcuni aspetti fondanti della storia, della cultura e dell'organizzazione dei Servizi psichiatrici non siano attrattivi per i giovani, non corrispondano al profilo delle loro attese di cura, della rappresentazione che hanno delle loro necessità di salute e degli interlocutori tecnici che possano soddisfarle.

## GLI ATTEGGIAMENTI SPECIFICI DELL'ADOLESCENTE/GIOVANE ADULTO RISPETTO AL CHIEDERE AIUTO/CURE

Un aspetto che caratterizza marcatamente la fascia d'età giovanile è l'atteggiamento rispetto alla ricerca d'aiuto.

Innanzitutto, il giovane non è disponibile ad accettare l'idea di dover essere aiutato per superare il disagio di cui è portatore; teme infatti, di perdere il senso di adeguatezza/onnipotenza che sperimenta con il conseguimento

delle nuove capacità cognitive, relazionali e sociali tipiche dell'adolescenza.

In secondo luogo, ha bisogno di confermare comunque il senso della propria identità adolescenziale. Ciò comporta che il mantenersi all'interno della propria rete relazionale ed amicale non costituisce solo un obiettivo della cura, ma ne è anche il presupposto. La richiesta di aiuto, quando anche formalmente si esprime attraverso una domanda individuale, è mediata da una condivisione con il gruppo d'appartenenza il quale funziona come elemento di supporto che, garantendo il mantenimento dello status (inteso in senso sociologico), si fa garante della accettabilità del percorso terapeutico. In questa prospettiva di lettura, le reti informali tra giovani costituiscono un potente fattore d'invio. Ne sono prova i numerosi "accompagnamenti" di amici con problematiche psicologiche da parte di giovani che stavano già sperimentando il trattamento psicologico. Si può concludere che la ricerca di aiuto, in età giovanile, è spesso frutto di una decisione condivisa, socializzata, "autorizzata" dal gruppo di appartenenza dei pari.

Parallelamente all'importanza del gruppo di riferimento dei coetanei, da cui il giovane "dipende", si pone al giovane la necessità di non perdere il senso di autonomia rispetto alla famiglia di origine, appena e solo parzialmente, conquistato e ancora percepito come instabile. La richiesta di cure viene infatti mediata e attuata—ovvero, almeno per tutti i minori, "interferita"—dalla famiglia ed è quindi intrinsecamente in conflitto con l'autonomia valutativa e decisionale del giovane; ciò al di là della presenza di una maggiore o minore conflittualità relazionale all'interno del nucleo familiare.

Spesso, la richiesta di cure—ovvero la sua formulazione genitoriale— non è affatto condivisa dal giovane e, conseguentemente, il suo impegno nella cura diviene altalenante ed esita nella squalifica della relazione terapeutica. In questi casi, si può dire che se l'adolescente percepisce la presenza di un'alleanza aperta/incondizionata del curante con la famiglia, le probabilità di boicottaggio

del rapporto di cura si elevano sino all'abbandono del trattamento. Questo accade soprattutto per quei "gruppi familiari sofferenti" che eleggono il giovane a rappresentare integralmente tale sofferenza come "paziente designato". Occorre quindi predisporre un contesto di cura in grado di "gestire" specificatamente la complessità della condizione adolescenziale.

## LE LINEE ESSENZIALI DELLA CAPACITÀ DEI SERVIZI DI RECEPIRE LA RICHIESTA DI AIUTO/CURE

La capacità di recepire la richiesta di aiuto rimanda ad aspetti relativi alla cultura dei Servizi, alla loro possibilità/ capacità di costruire un "contesto relazionale di cura" in grado di accogliere la domanda giovanile spesso, esitante e incerta.

Un contesto che abbia come costante punto di riferimento il consenso del paziente alla cura, cura le cui modalità e finalità possano essere "contrattate" anche allo scopo di salvaguardare gli altri aspetti della vita del giovane. Ciò richiede, nella concretezza dell'articolazione organizzativa, di modulare l'intervento in funzione del momento di vita del giovane e di fargli sentire l'intervento stesso sempre come opportunità e mai come obbligo.

Quindi un "luogo relazionale" che si definisca come snodo sanitario di una rete in cui confluiscano le istituzioni scolastiche, i servizi sociali, le associazioni culturali e sportive, i gruppi di volontariato etc. Che colga il "senso sociale" della richiesta di cura e sappia predisporre un intervento in cui la necessità della terapia non si scontri con il senso dell'appartenenza adolescenziale. Ovvero che si rivolga agli ambiti interpersonali dove si svolge la vita dei giovani per aiutarli a dare un senso al proprio disagio psichico ed indichi una possibilità di cura.

Un luogo di cura che colga, insieme alla dimensione sociale più allargata, anche quella familiare della sofferenza psicologica. Quindi in grado di rivolgersi anche ai componenti del nucleo familiare del paziente aiutandoli a riconoscere come le modalità comunicative e relazionali

intrafamiliari possano costituire un fattore di disagio per tutti i suoi membri, anche se si può esprimere maggiormente in uno di loro.

È in questa prospettiva che si sono mossi i due Programmi innovativi dedicati alla cura dei giovani, a cominciare dalla costruzione di una vasta rete di punti di accesso ai Programmi stessi fruibili dai giovani e di un sistema di collaborazioni tra soggetti operativi non solo nel campo della salute, ma anche in quello sociale ed educativo.

## LA RETE DELLE RISORSE ATTIVATE DAI PROGRAMMI INNOVATIVI

I Programmi innovativi - dedicati alla fascia d'età 14–24 anni - si sono avvalsi di risorse proprie e di risorse che, coerentemente con la strategia di rete che li anima, hanno acquisito da strutture e realtà sociali e sanitarie del territorio.

Le risorse proprie sono state costituite da sei consulenti tra psicologi e psicologi-psicoterapeuti, che hanno assicurato gli interventi ambulatoriali di valutazione diagnostica, di terapia di gruppo e anche di intervento nel Pronto soccorso. Il coordinamento di questo complesso di attività è stato assicurato oltre che dal Responsabile scientifico (il Direttore dell'UOC di Psicologia clinica) da un Responsabile clinico (appartenente alla medesima UOC). L'intervento di altri specialisti medici, come lo psichiatra e il neuropsichiatra infantile è affidato a delle richieste di consulenza da parte dello psicologo che è titolare del caso. Si deve aggiungere a questo che per la realizzazione dei Programmi è stata acquisita anche una Dietologa consulente (fatta afferire all'UOS di Dietologia dell'AOSCB).

L'utilizzo delle risorse esterne è stata assicurata dalla stipula di specifici Protocolli (Accordi operativi) che hanno definito le modalità di collaborazione con ciascun soggetto sociale, sanitario ed educativo coinvolto nella costruzione di interventi caratterizzati dalla flessibilità e dall'aderenza alle specifiche problematiche presentate dai singoli giovani.

Va segnalato che i Programmi innovativi hanno sottoscritto un Accordo operativo con la UOS—dell'UOC di Psicologia clinica—che svolge Interventi sanitari a favore di minorenni sottoposti a procedimenti penali, presso le strutture del Centro Giustizia Minorile di Milano (compreso l'IPM "C. Beccaria"). È un nodo della rete sanitaria che ha come principale campo di intervento l'antisocialità—e la sua correlazione con l'insorgere dei disturbi di personalità, gli stati depressivi e inoltre i correlati personologici e comportamentali dei disturbi ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza (come il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività).

Sono anche stati stipulati Accordi operativi con varie UO della AOSCB a partire da quelle che insieme alla Psicologia clinica fanno parte del DSM (UOC di Psichiatria e UOSD di Neuropsichiatria Infantile).

È stato utile istituire accordi formali con la psichiatria degli adulti in quanto i CPS hanno rappresentato un nodo della rete con cui si sono potute costruire sinergie d'azione. Lo stesso per quanto riguarda il Progetto autonomie (sostenuto dal Comune di Milano). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), oltre a favorire il contatto tra giovani pazienti ricoverati e i Programmi innovativi, ha offerto la disponibilità per un tempestivo ricovero di pazienti in fase di scompenso acuto provenienti dai due Programmi.

Ugualmente, con la psichiatria dei minori gli Accordi hanno consentito di intercettare i giovani adolescenti che hanno avuto un percorso di cura precoce legato a difficoltà insorte fin dall'infanzia.

Poiché, peraltro, il disagio giovanile assume forme estremamente diversificate, che possono esprimersi in aspetti sintomatologici che ricadono sotto l'azione di diverse branche sanitarie specialistiche, sono stati costruiti Accordi operativi anche con varie UO ospedaliere: Dietologia, Pediatria, Medicina, Pronto Soccorso per gli adulti e per i minori.

Per lo stesso motivo, l'ambito delle collaborazioni che hanno portato alla stipula di Accordi, ha interessato i Servizi sanitari che si collocano all'esterno dell'Azienda Ospedaliera come i Sert, i Consultori dell'area milanese e di quella del Distretto di Corsico.

Sulla base della constatazione che la patologia, in ambito psichico, è spesso espressione, causa e conseguenza, di disagio e precarietà sociale che interessano il giovane ed il suo nucleo familiare, è stata rilevata la necessità di stabilire una collaborazione formale con i Servizi Sociali del Comune di Milano. Peraltro è noto che la commistione di disagio psichico e sociale, diviene un potente fattore di mantenimento della patologia e di difficoltà da parte dei giovani ad accettare una prospettiva di "lavoro terapeutico" sulle proprie difficoltà.

Per completare la rete, è sembrato importante stabilire un contatto, utilizzando specifici incontri, con alcune realtà scolastiche di Milano e del corsichese: le Scuole Medie Superiori costituiscono il luogo principale in cui si svolge la vita quotidiana, si costruisce l'identità dei giovani e si manifestano, in varie forme, le difficoltà psicologiche.

Infine, per l'esiguo—ma significativo per rilevanza clinica della condizione psicopatologica— gruppo di giovani ad elevato rischio di sviluppare un disturbo psicotico o in fase di esordio, è stato stabilito un contatto con il "Programma 2000" dell'AO di Niguarda e per quelli non corrispondenti ai criteri di ammissione a tale programma realizzato un tempestivo invio ai CPS di zona.

La risposta da parte di giovani è stata, dall'istituzione di questa rete, significativa e meritevole di ulteriori riflessioni.

## IL PROFILO SINTETICO DELL'UTENZA DEI PROGRAMMI INNOVATIVI DEDICATI AI GIOVANI

I giovani giunti all'attenzione dei due Programmi innovativi per la valutazione sono stati, nel secondo anno di attività (2013), complessivamente 207 (98 soggetti dell'area corsichese, 109 da quella milanese).

Rispetto al genere, vi è una netta prevalenza di quello

femminile. In particolare, nell'ambito della ASL Milano I il 76% sono femmine, mentre in quello dell'ASL di Milano sono il 61%.

Per quanto riguarda le fasce d'età, la moda nell'ambito dei soggetti di fuori città di Milano è il 17° anno d'età, che si sposta al 19° nella città di Milano. Da notare che nella fascia d'età 14-17 anni si colloca il 57% di tutti gli utenti del territorio di Corsico e il 47% di quello di Milano.

Questo dato conferma quanto è stato ipotizzato: una parte rilevante del bisogno sanitario degli adolescenti minorenni non viene accolto dalle strutture della psichiatria dei minori e quindi, il problema della presa in carico degli adolescenti nelle strutture della salute mentale non si pone tanto nei termini della continuità, ma soprattutto nei termini di garantire le condizioni per cui questi soggetti e le loro famiglie vedano nei Servizi le strutture idonee a dare una risposta ai loro bisogni sanitari.

Per quanto riguarda le tipologie di disturbi presentati, i dati mostrano che nell'ambito territoriale del Distretto di Corsico, vi è una netta prevalenza dei disturbi di personalità (43%) e che risultano ugualmente molto rappresentati, anche se in misura minore, i disturbi di ansia (28%) e i disturbi alimentari (25%). La ripartizione dei disturbi presi in carico a Milano conferma l'ordine di prevalenza, mentre cambiano le percentuali di presenza: i disturbi di personalità raggiungono il 62%, i disturbi d'ansia si mantengono al 23%, mentre quelli alimentari si riducono al 4%.

L'insieme dei dati illustrati mostra che l'offerta sanitaria dei Programmi ha motivato all'accesso anche utenti con caratteristiche diversificate, ovvero i Programmi sono stati in grado di rendersi "appetibili" a tipologie diversificate della popolazione giovanile.

Si può altresì notare che i dati della letteratura scientifica sull'insorgenza dei disturbi di personalità non solo sono confermati, ma che è possibile anticipare l'età in cui si possono osservare le prime manifestazioni sintomatologiche di questo disturbo. I dati raccolti evidenziano la presenza di bisogni specifici emergenti nei due territori:

quello del trattamento dei disturbi di personalità per quanto riguarda Milano e quello dei disturbi alimentari per Corsico. In ambedue i contesti peraltro, si evidenzia la necessità di porre l'attenzione sulle varie forme di disturbi d'ansia, che spesso vengono sottovalutate nei loro effetti invalidanti.

Infine, occorre sottolineare che, come già in parte evidenziato, l'invio dei pazienti avviene soprattutto a partire dal costituirsi di una rete—sociale, sanitaria ed educativa—formale ed informale, sul territorio. Dunque, quando l'accesso non è spontaneo, gli invianti sono i servizi sociali comunali, i consultori, i medici di medicina generale, le strutture sanitarie dedicate all'area penale minorile, i pediatri ecc. Per quanto riguarda, il DSM dell'AOSCB, è da notare che mentre i CPS hanno "fornito" ai Programmi 25 soggetti, l'UOSD di neuropsichiatria ne hanno inviati solo 4.

# IL PROFILO SINTETICO DEI PERCORSI DI VALUTAZIONE

## **E DI TRATTAMENTO**

Per quanto riguarda i caratteri clinici degli interventi dei Programmi innovativi, occorre premettere che i criteri di esclusione dal trattamento hanno riguardato non solo i pazienti con disturbo psicotico, ma anche quelli portatori di ritardo mentale o di abuso di sostanze (se questi ultimi due aspetti risultano alla valutazione clinica quelli caratterizzanti/prevalenti). In ogni caso, i Programmi hanno valutato tutte le richieste che sono pervenute, proponendo per i pazienti non ammessi al trattamento, l'invio presso le strutture sanitarie più idonee.

L'intervento clinico dei Programmi innovativi è stato articolato in due distinte fasi: valutazione e trattamento.

La prima fase si propone soprattutto l'obiettivo di "dare un nome" al disagio. Questo aspetto coglie due difficoltà dell'intervento con pazienti giovani. Il primo è di carattere clinico: spesso i quadri sintomatici di questi soggetti appaiono confusi, sfaccettati rispetto alla possibile collocazione diagnostica. Soprattutto se ci si trova

di fronte ad un quadro di disturbo della personalità. Il secondo aspetto riguarda la difficoltà del paziente e della famiglia a dare un nome alla sofferenza, cioè a riconoscerla in quanto tale e coglierne gli elementi potenzialmente invalidanti e tali da bloccare lo sviluppo della persona. Sotto quest'ultimo aspetto, particolare importanza rivestono i comportamenti e gli atteggiamenti volti a "confinare" la patologia nel "paziente designato", disconoscendo la matrice familiare della sofferenza.

Si comprende che, nel contesto così delineato, il compito dello psicologo è soprattutto di istituire un momento di riflessione che consenta l'inizio della cura e che questo avvenga a partire dai "materiali" forniti dal paziente e dai familiari. "Materiali" che devono divenire intellegibili per sollecitare una motivazione alla cura e che devono quindi essere unificati da una matrice comune che contenga: fattori di vulnerabilità personale, fattori ambientali scatenanti, ruolo che il paziente ed i diversi componenti della famiglia hanno nel perpetuare la patologia.

Si tratta quindi di arrivare ad una formulazione diagnostica che non riguardi tanto la collocazione del paziente all'interno di una categoria nosografica, quanto piuttosto l'individuazione di variabili personologiche la cui attivazione, sotto l'azione di fattori ambientali, rende ragione dell'insorgenza del disturbo. Occorre giungere ad una diagnosi dimensionale che renda possibile una successiva fase di restituzione la cui funzione è il rispecchiamento del paziente in una relazione che riassume gli elementi sopracitati e che, se accolta, lo motivi alla cura, indicandogli anche chiaramente il terreno su cui avverrà il lavoro terapeutico.

In questa fase di diagnosi e di restituzione, l'intervento è affidato ad un singolo psicologo, che svolge i colloqui, la somministrazione dei test e provvede alla restituzione. Il suo compito è anche quello di stabilire una solida relazione terapeutica col paziente per costituire una "base sicura" che lo accompagni nella esplorazione di contenuti cognitivi e soprattutto emotivi fortemente ansiogeni.

Il momento della terapia è strettamente conseguente a quello della diagnosi. Ha il compito di modificare quelle dimensioni psicologiche individuate nella fase diagnostica. Ha quindi i caratteri della modularità, nel senso che prevede step predefiniti nei loro contenuti e nella loro successione e che sono caratterizzati dalle dimensioni psicologiche individuate nella fase valutativa.

Pensare ad una terapia su base modulare ha il senso di sviluppare una terapia sostenuta interamente da strumenti psicologici. Nel contesto giovanile consente il controllo del paziente su i passi che, di volta in volta, si mettono in atto. Gli consente di farsi protagonista responsabile del proprio disagio psicologico, evitando fughe in meccanismi di idealizzazione/svalutazione del terapeuta, frequenti in questa fascia d'età, e di ampliare il piano di lavoro proposto in seduta, con la prescrizione di compiti terapeutici da svolgere tra la seduta in cui vengono assegnati e quella successiva. Consente, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili, di poter massimizzare il loro utilizzo su di un ampio numero di soggetti, potendosi predeterminare il termine delle terapie e quindi, la programmazione delle stesse nel tempo.

Da gennaio 2013 il lavoro terapeutico è stato svolto prevalentemente con gruppi costituiti da soggetti accomunati dalle stesse dimensioni psicologiche di vulnerabilità personologica. Tale decisione è stata resa necessaria in primo luogo dall'affluenza numerosa dei pazienti, fatto che non rendeva più praticabile la terapia individuale. È stata una decisione presa però soprattutto perché si è visto che, come dimostra la letteratura scientifica, il gruppo costituisce il fattore di elezione nella terapia dei giovani perché consente: una maggiore responsabilizzazione nel processo terapeutico, mantiene il giovane ancorato al proprio contesto di appartenenza gruppale, consente un'osservazione più realistica dei processi di interazione con gli altri.

Parallelamente all'intervento di gruppo con i pazienti, avviene quello con loro genitori, che mira a rompere i circoli ricorsivi che, nella relazione familiare, determinano l'affermarsi dei fattori di cronicità. Quello dei gruppi di familiari non è quindi un contesto in cui si parla dei figli con i loro genitori, ma piuttosto la fase in cui si mettono al centro dell'attenzione proprio i genitori ed il loro modo di accogliere la sofferenza del figlio.

Nel caso in cui il paziente sia impossibilitato a fare parte dei gruppi, viene inviato all'attività della routine della UOC di Psicologia Clinica o, se il caso, ad altre UO, anche di altre Aziende Ospedaliere, che hanno istituito servizi analoghi dedicati ai giovani.

## PROSPETTIVE DI SVILUPPO/ SUPERAMENTO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI

Le azioni prioritarie per lo sviluppo e il superamento della precarietà/provvisorietà nel biennio 2014-2015 dei due Programmi dedicati ai giovani sono riassumibili nei seguenti punti:

- "manutenzione" della rete delle risorse, per garantire la sua funzionalità nel tempo, sia rispetto ai nodi già individuati, che per consentire l'inserimento di altre realtà;
- implementazione/riversamento delle modalità di lavoro dei Programmi innovativi—centrati sui concetti/metodi della psicologia clinica—in quelle della routine della UOC di Psicologia clinica—già organizzata per fasi del ciclo di vita (sino a 13 anni, dai 14 ai 24, dai 25 ai 59, dai 60 in poi)—e più in generale del DSM.
- Non va dimenticato che il senso dei Programmi innovativi è proprio quello di sperimentare aspetti clinicoorganizzativi che non sono compresi nell'attuale attività di routine. Pertanto non conseguirebbero il loro scopo se le nuove prassi non venissero poi riversate nella pratica clinica ordinaria, opportunamente predisposta ad accoglierle;
- precisazione/attivazione di percorsi clinici modularizzati di trattamento, derivanti dalle valutazioni sia dimensionali che categoriali, delle diverse condizioni psicopatologiche rilevate;

- predisposizione di più accurate valutazioni di esito clinico;
- capitalizzazione, in tutte le forme possibili, dell'esperienza clinica del personale, consulente e dipendente, che ha maturato competenze specifiche nell'area del trattamento dei giovani ai fini della diffusione delle conoscenze sia tra le diverse componenti dell'area della salute mentale dell'AOSCB che nella rete Aziende Ospedaliere limitrofe e delle ASL di appartenenza.
- \* Direttore, UOC di Psicologia Clinica, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano
- \*\* Dirigente Psicologo, UOC di Psicologia Clinica, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano
- \*\*\* Direttore, UOC di Psichiatria e DSM, AO "Ospedale San Carlo Borromeo" Milano

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Bertamini D., De Isabella G., Interventi precoci, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (67-72).
- Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale.
   Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Rimini, 2013
- 3. Cocchi A. Meneghelli A., (a cura di), Rischio ed esordio psicotico:
  una sfida che continua. Manuale d'intervento precoce. Edi
  Hermes, 2013.
- 4. De Isabella G., Mazza U., Vergani L., (2013), Il contributo della psicologia clinica all'innovazione dei percorsi di cura previsti dal PRSM, in Cerati G., Percudani M., Vita A., (a cura di), La psichiatria di comunità in Lombardia. Il Piano Regionale di Salute Mentale lombardo (PRSM) e le sue linee di attuazione (2004-2012). McGraw-Hill, Milano.
- Di Tucci A., Bertamini D., De Isabella G., Diagnosi categoriale e diagnosi dimensionale, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (43-49).
- 6. Frigerio A., Rucci P., Goodman R., Ammaniti M., Carlet O., Cavolina P., De Girolamo G., Lenti C., Lucarelli L., Mani E., Martinuzzi A., Micali N., Milone A., Morosini P., Muratori F., Nardocci F., Pastore V., Polidori G., Tullini A., Vanzin L., Villa L., Walder M., Zuddas A., Molteni M., Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study.
  European Child Adolescent Psychiatry, (2009) 18:217–226.
- 7. Morandi S., Pagani S., Colombo A., D'Avanzo B., Pasqua M., Biffi G., Comportamenti autolesivi, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (147-151).
- 8. Miola F., Bonomo C., Saibene A., Porta S., Maresca G., No è D., Nicolai E., Rizzato G., Cristinelli S., De Isabella G., *Disturbi alimentari*, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (163-171).
- 9. Valentini T., Benassi F., Di Tucci A., De Isabella G., Giovani. Iniziative per la fascia di età 14–24 anni, in Biffi G., De Isabella G., Nuove sfide per la salute mentale. Innovazioni cliniche e organizzative. Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013 (213-219).

# COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

## **NORME EDITORIALI**

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure. **Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

## Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Testo della ricerca
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio: 1.Cummings J.L., Benson D.F., Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features, J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986. Nel testo la citazione dovrà essere riportata come segue (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



## SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria

#### Presidente:

Massimo Rabboni (Bergamo)

#### Presidente eletto:

Massimo Clerici (U. Mi Bicocca)

#### Segretario:

Mauro Percudani (Garbagnate, Mi)

## Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (Milano)

#### Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (Bergamo)

#### Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (Somdrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Andrea Materzanini (Iseo)
Costanzo Gala (Milano)
Orsola Gambini (U. Mi Statale)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Emi Bondi (Bergamo)
Ettore Straticò (Mantova)
Roberto Bezzi (Legnano, Mi)
Marco Toscano (Garbagnate, Mi)
Antonio Amatulli (Sirp.Lo)
Caterina Viganò (Sirp.Lo)

## RAPPRESENTANTI

## $Sezione "Giovani \ Psichiatri":$

Alessandro Grecchi (Milano) Francesco Bartoli (Monza Brianza) Giacomo Deste (Brescia) Giovanni Migliarese (Milano)

## Membri di diritto:

Giorgio Cerati Angelo Cocchi, Arcadio Erlicher, Claudio Mencacci, Emilio Sacchetti Silvio Scarone

#### Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli Simone Vender Antonio Vita Giuseppe Biffi